

10010

10034

Den truende kroppen

Hvordan fysioterapeuter i psykiatrien arbeider med pasienter med spiseforstyrrelser

Januar 2020

NTNU

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap

Bacheloroppgave

2020



10010
10034

Den truende kroppen

Hvordan fysioterapeuter i psykiatrien arbeider med pasienter med spiseforstyrrelser

Bacheloroppgave
Januar 2020

NTNU

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap



Kunnskap for en bedre verden

*“Bedre **gjort** enn sagt.”*

- Benjamin Franklin

Title in English:

The Threatening Body

- How physical therapists in the psychiatric field work with patients with eating disorders

Sammendrag

Bakgrunn

Spiseforstyrrelser er en utbredt samling av psykiske lidelser som innebærer et anstrengt forhold til mat, vekt og utseende. Ved spiseforstyrrelser rammes kroppen i stor grad, men til tross for dette benyttes fysioterapi relativt lite i behandlingsforløpet. Til dels skyldes dette manglende kunnskap på området i psykiatrien, men også hos fysioterapeuter selv.

Hensikt

Hensikten med denne studien er å utforske hvordan fysioterapeuter i psykiatrien arbeider med pasienter med spiseforstyrrelser.

Metode

Det ble utført tre individuelle, semi-strukturerte intervjuer med fysioterapeuter i psykiatrien. Notater ble tatt underveis i intervjuet, og dataene analysert ut i fra Malterud (2017) i etterkant.

Funn

Fysioterapeutene beskrev fire overordnede aspekter ved deres behandling. De forsto pasienten og lidelsen fra et helhetlig perspektiv, fokuserte på kroppslige bevisstgjøringsøvelser, brukte psykoedukasjon og realitetsorientering og skapte trygghet for pasientene.

Konklusjon

Fysioterapeuter har viktig kompetanse som kan utfylle tradisjonell psykologisk behandling med en kroppslig tilnærming. Fysioterapeuter bør være klar over hvordan deres kompetanse kan anvendes i behandlingen, slik at de kan møte og behandle disse pasientene med passende og effektive tiltak.

Abstract

Background

Eating disorders are a widespread group of mental illnesses that involve a strained relationship with food, weight and appearance. Eating disorders profoundly impact the body, but despite this, treatment plans rarely include physical therapy. This is partly due to a lack of awareness on the subject in the psychiatric field, but also among physical therapists themselves.

Aim

The aim of this study is to investigate how physical therapists in the psychiatric field work with patients with eating disorders.

Method

This study was performed through three semi-structured interviews with physical therapists in the psychiatric field. Notes were taken during the interview and the data was analyzed afterwards, in accordance with Malterud (2017).

Findings

The physical therapists described four main aspects of treatment. They understood the patient and the illness from a holistic perspective, focused on bodily awareness exercises, used psychoeducation and reality orientation and created a safe environment for the patients.

Conclusion

Physical therapists have important knowledge and skills that can supplement traditional psychological treatment with a body-focused approach. All physical therapists should therefore be aware of how their skill set can be applied in treatment such that they can meet and treat these patients appropriately and effectively.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	1
1.1 Valg av tema.....	1
1.2 Hensikt.....	1
1.3 Avgrensinger.....	1
1.4 Begrepsavklaringer.....	2
1.5 Tidligere forskning på området.....	3
1.6 Teoretisk perspektiv.....	3
2. Metode.....	6
2.1 Om kvalitativ forskning.....	6
2.2 Utvalg og rekruttering.....	6
2.3 Intervjuguide og intervju.....	7
2.4 Analysestrategi.....	7
2.5 Etske problemstillinger og vurderinger.....	8
2.6 Metodekritikk.....	8
3. Funn.....	10
3.1 Helhetlig forståelse for pasienter med spiseforstyrrelser.....	10
3.2 Kroppslig bevisstgjøring.....	11
3.3 Realitetsorientering og undervisning.....	13
3.4 Skape trygghet i relasjonen.....	15
4. Diskusjon.....	17
4.1 Helhetlig forståelse for pasienter med spiseforstyrrelser.....	17
4.2 Kroppslig bevisstgjøring.....	19
4.3 Realitetsorientering og undervisning.....	22
4.4 Skape trygghet i relasjonen.....	23
4.5 Relevans for fysioterapi.....	25
5. Konklusjon.....	26
6. Referanser.....	27
Vedlegg 1 - Informasjonsskriv.....	30
Vedlegg 2 - Intervjuguide.....	31
Vedlegg 3 - Det kroppsliggjorte forsvar.....	33
Vedlegg 4 - Toleransevinduet	34

1. Innledning

1.1 Valg av tema

Hva er kropp *egentlig*? Alle har en fysisk kropp som består av hud, muskler og bein, men kropp omfatter også mye mer: Vi *er* kropp. Det er kun gjennom *kroppen* vi kan eksistere i verden, samhandle med andre og konstruere et selv (Engelsrud, 2006). Kroppen fungerer også som et symbolsk redskap: Den formidler egenskaper som andre tolker ut ifra en kulturavhengig kontekst (Skårderud, Stänicke, Haugsgjerd & Maizels, 2018). Dermed er det ikke rart at mennesker ønsker å kontrollere det inntrykket kroppen gir, og spiseforstyrrelser demonstrerer hvordan dette kan bli sykelig.

I dag vet man at psyke og kropp henger tett sammen, og derfor bør behandlingen av spiseforstyrrelser også inkludere kroppen som innfallsvinkel. Dessverre benyttes fysioterapeuter i svært liten grad i behandling av spiseforstyrrelser. Dette kan skyldes manglende kunnskap om hvordan fysioterapi kan bidra, både hos andre faggrupper, men også hos fysioterapeuter selv. I kontrast til andre psykiske lidelser, som eksempelvis rusmiddelavhengighet, kan man ikke fjerne de utløsende faktorene - den spiseforstyrrede pasienten må alltid forholde seg til mat og kropp. Her kan fysioterapeuter hjelpe pasientene med å skape et tryggere og mer hensiktsmessig forhold til kroppen sin. Dette ønsker vi å belyse ved hjelp av følgende problemstilling:

Hvordan arbeider fysioterapeuter i psykiatrien med pasienter med spiseforstyrrelser?

1.2 Hensikt

Oppgavens hensikt er å belyse hvordan fysioterapeuter i psykiatrien forstår og behandler pasienter med spiseforstyrrelser, samt viktigheten av fysioterapi for denne pasientgruppen.

1.3 Avgrensninger

Pasientgruppen

Pasientgruppen inkluderer pasienter med alle typer spiseforstyrrelser samt pasienter som har spiseforstyrrelse som bidiagnose, da diagnosegruppene er nært beslektet. Likevel omfatter denne pasientgruppen kun de pasientene som er syke nok til å motta hjelp i spesialisthelsetjenesten.

Informantene

Informantene er fysioterapeuter innenfor psykiatrien som har erfaring med behandling av spiseforstyrrelser. To av dem er psykomotoriske fysioterapeuter og én er fysioterapeut med mastergrad i psykisk helse.

1.4 Begrepsavklaringer

Spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser er en samlebetegnelse for ulike psykiske lidelser som innebærer forstyrret og overdrevet fokus på mat, vekt og kropp (World Health Organization, 2018). Det skilles mellom de tre hovedformene anoreksia nervosa, bulimia nervosa og overspisingslidelse. (Martinsen, 2018). Hovedformene har også ulike undergrupper, som kalles atypiske. I løpet av sykdomsforløpet kan samme person bevege seg mellom de ulike diagnostiske kategoriene.

Kroppsbilde

Begrepet kroppsbilde er tvetydig, og mangler én bestemt definisjon. Med utgangspunkt i kroppsfenomenologi vektlegger vi et helhetlig syn på kroppsbilde som omfatter kroppslig erfaring, selvforståelse og interaksjon med omverden. Berit Bunkan (1985) forklarer at det innebærer et indre speilbilde, en indre modell og psykologisk erfaring. Et ordentlig og velutviklet kroppsbilde tillater den enkelte å forstå og ha kontakt med seg selv, den omkringliggende verden og realiteten (Bunkan, 1985). Dermed vil de som mangler dette slite også med en realistisk selvopplevelse, selvtillit, trygghet på seg selv, kontakt med andre, samt sosial fungering (Bunkan, 1985).

Psykomotorisk fysioterapi

Bunkan (2001) beskriver psykomotorisk fysioterapi som en retning innenfor fysioterapi som vektlegger et helhetlig syn på kropp. Erfaringer og opplevelser setter spor og kan gi kroppslige utslag, som muskelspenninger, ansent pust og posturale avvik (Bunkan, 2001). Behandlingen går dermed i stor grad ut på en generell omstilling av kroppen gjennom massasje og bevegelse, der målet er en fleksibel, stabil kropp uten uhensiktsmessig spenningsmønstre samt innsikt i hvordan ulike forhold påvirker kroppen (Bunkan, 2001).

1.5 Tidligere forskning på området

Det er gjort mye forskning på behandling av spiseforstyrrelser, men denne forskningen har fokusert på kognitiv terapi, psykoterapi og medisiner. Når det gjelder fysioterapi og spiseforstyrrelser, finnes det lite litteratur, og forskningen rettes sjeldent mot forholdet til egen kropp og kroppserfaring. Det finnes dog mye erfaringsbasert kunnskap på området. Kolnes (2012) konkluderte med at en behandlingstilnærming med fokus på kroppsbevissthet hos pasienter med anorexia nervosa burde utføres i tillegg til kognitiv atferdsterapi som er standard behandling. Dette mente hun ville bidra til nye måter å kjenne og tolke kroppslige signaler på, bedre følelsesmessig bevissthet og en opplevelse av kroppen som sin egen. Danielsen (2006) beskrev konkrete behandlingsmetoder, teknikker og væremåter en psykomotorisk fysioterapeut bruker. Catalan-Matamoros, Helvik-Skjerven, Labajos-Manzanares, Martínez-de-Salazar-Arboleas og Sánchez-Guerrero (2011) viste at basal kroppskjennskap, en kroppslig bevisstgjøringsterapi, bidro til å bedre noen av symptomene på spiseforstyrrelser.

1.6 Teoretisk perspektiv

Kroppsfenomenologi

Fenomenologi er en forskningsmetode som innebærer å forklare fenomener akkurat slik de erfarer, og brukes hovedsakelig til å studere menneskelig erfaring (Moran, 2013). Maurice Merleau-Ponty beskrev *den levde kroppen* som vår eneste måte å eksistere i verden på, og konstaterte derfor at den er mer enn bare fysisk: Den er erfart og levd (Engelsrud, 2006). Han poengterer at følelser ligger i den fysiske kroppen, at kroppen *forstår* vår omverden og at den utgjør utgangspunktet for å forstå oss selv (Engelsrud, 2006). Samtidig eksisterer kroppen som et objekt som vi i varierende grad retter oppmerksomheten mot (Engelsrud, 2006).

Spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser er en relativ utbredt samling av psykiske lidelser. Helsedirektoratet anslår forekomsten av anoreksi på 0,5 prosent, bulimi på 1-2 prosent og overspisingslidelser på 2-3 prosent (Smink, van Hoeken & Hoek, 2012). Anorexia nervosa innebærer vedlikeholdt vekttap og undervekt, påtrengende frykt for overvekt og et forstyrret kroppsbilde (Skårderud et al., 2018). Bulimia nervosa innebærer periodiske anfall med overspising etterfulgt av renselse, oftest i form av oppkast (Skårderud et al., 2018). Overspisingslidelse innebærer overspisingsepisoder uten renselse, og pasientene er oftest overvektige (Skårderud et al., 2018). Skårderud et al. (2018) forklarer at spiseforstyrrelsen ikke handler om en objektiv misnøye med utseende og vekt, men heller om en usikker selvutvikling, der individet tyr til kroppen og mat for å utøve kontroll over følelser og skape et selv. Den sviktende selvutviklingen medfører dårlig

kontakt med *den levde kroppen*, slik at de hovedsakelig erfarer seg selv utenfra og dermed definerer seg selv gjennom kroppen som et objekt. Dette resulterer i at selvfølelsen baseres i overveldende grad på utseendet.

I følge Skårderud et al. (2018) er lidelsen kulturbundet og utvikles i samspill mellom en individuell sårbarhet og miljø. De forklarer at et utsatt individ utvikler den uhensiktsmessige mestringsstrategien i respons til en utløsende faktor, ofte i form av en belastende livshendelse. Dette kan være alt fra puberteten til et traume eller skilsmisse (Skårderud et al., 2018). Spiseforstyrrelser har eksistert gjennom tidene, men betydningen av sykdommen varierer og reflekterer samfunnsverdier (Miller & Pumariega, 2001). Bemporad (1996) forklarer at symptombildet før kunne sees i lys av religion, for eksempel nonner som sultet seg for å vise dedikasjon til Gud. I dag har medisin overtatt den moralske rollen i samfunnet og erstattet helligdom med helse og tynnhet (Hughes, 2000). Dermed kan den spiseforstyrredes forsøk på å kontrollere kroppen og å skape et “verdifulle” selv ha utgangspunkt i et ønske om å være tynn.

Kroppslig relasjonalitet

I sin artikkel beskriver Behnke (2005) fenomenet kroppslig relasjonalitet som kroppens erfaring og interaksjon i møte med miljøet, andre og seg selv. Hun forklarer at det handler om å *erfare vår erfaring*, og innebærer å kunne rette oppmerksomheten ut mot ens situasjon og handlinger, samtidig som man erfarer sin levde kropp og tar imot kroppslige signaler. Ved å trekke tilbake den kroppslige tilstedeværelsen kan man beskytte seg fra omverdenen, men dette fører også til dårligere forståelse av følelser, kroppslige signaler og omverdenen (Behnke, 2005). Til slutt konkluderer hun at kroppslig relasjonalitet og tilstedeværelse er viktig for å kunne forstå og hensiktsmessig respondere i forhold til omverdenen.

Emosjonell kroppslig erfaring i spiseforstyrrelser

Gaete og Fuchs (2016) foreslår å erstatte begrepet kroppsbilde med “emosjonell kroppslig erfaring”. Dette omfatter flere dimensjoner som medfører en opplevelse av sammenheng i selvet og evne til å agere adaptivt i sitt miljø (Gaete & Fuchs, 2016), for eksempel å kjenne sult, tolke det som et behov for mat og spise deretter. De forklarer at erfaringen oppstår i samspill med miljøet, innebærer hvordan individet handler i og forstår verden gjennom sin kropp, og brukes for å skape en selvforståelse. Den stemningsmessige dimensjonen innebærer psykisk stemning og den emosjonelle dimensjonen innebærer å erkjenne gitte kroppslige signaler som spesifikke emosjoner og å motta informasjon om hvordan handle adaptivt i situasjonen (Gaete & Fuchs, 2016). Det implisitte og eksplisitte aspektet handler om hvorvidt

kroppen forglemmes eller krever oppmerksomhet (Gaete & Fuchs, 2016). Til slutt understreker forfatterne at de kroppslige erfaringene gir funksjonelle forslag for hvordan handle i situasjonen.

Gaete og Fuchs (2016) forklarer at spiseforstyrrelsens psykopatologi stammer fra manglende veiledning til å forstå sine kroppslige og følelsesmessige reaksjoner som resulterer i “det kroppsliggjorte forsvar”: fortrenning av følelser og kroppslige signaler ved å behandle kroppen som et objekt. Når erfaringen i den levde kroppen fjernes, gjenstår kun kroppen som objekt, og dermed blir mestringsstrategien svært u hensiktsmessig: de kroppslige erfaringer har en viktig funksjon i å hjelpe individet til å forstå og handle adaptivt i deres omverden, relasjoner og i sin selvforståelse (Gaete & Fuchs, 2016). De forklarer at psykopatologien handler dermed om fortrenning av følelser, der alle kroppslige signaler oppleves som uforståelig kaos, og oppfattes som et reelt problem med kroppens utseende. Siden kroppen blir den eneste arenaen for å utøve kontroll, blir pasienten overopptatt av mat og utseende med restriktivt matinntak, overspising eller renselse som resultat (Gaete & Fuchs, 2016). Forfatterne illustrer hvordan mestringsstrategien fastlåser pasienten i en opprettholdende sirkel (vedlegg 3). I følge Gaete og Fuchs (2016) begynner problematikken med en usikker identitetsutvikling der individet fortrenger kroppslige signaler ved belastende situasjoner. De forklarer at dette medfører kroppsobjektivering, som lindrer ubehaget, men hindrer evnen til å forstå både situasjonen samt sine egne reaksjoner og emosjoner. Da svekkes selvforståelsen ytterligere og den onde sirkelen forsterkes (Gaete & Fuchs, 2016).

Relasjonskompetanse

Røknes og Hanssen (2006) forklarer relasjonskompetanse som evnen til å forstå og samhandle med andre på en god og hensiktsmessig måte, og understreker den som en viktig del av den faglige kompetansen. Kvaliteten på relasjonen mellom pasient og terapeut har stor betydning for behandlingseffekten ifølge forfatterne. De forklarer at det er grunnleggende å utvikle et reflektert forhold til egen væremåte og forforståelse, å anerkjenne og bruke egne ressurser og livserfaringer og å være i kontakt med kroppsformennelser og følelser for å forstå hvordan pasienten opplever verden. I møtet skapes et intersubjektivt samhandlingsrom, der man utvikler en felles forståelse og opplevelse, og får innsikt i hvordan den andre tenker og føler (Røknes & Hanssen, 2006). Til slutt skriver de at en god relasjon i en atmosfære preget av trygghet, forståelse og likeverd, gjør det lettere for pasienten å meddele sine opplevelser, tanker og følelser og legger til rette for positiv utvikling og endring.

2. Metode

2.1 Om kvalitativ forskning

Kvalitativ forskningsmetode benyttes for å beskrive ulike kvaliteter ved et fenomen, i håp om å gjøre feltets implisitte kunnskap eksplisitt (Thompson, 2011). Metoden tillater forskeren å gå i dybden i et bestemt tema og gjør, ifølge Malterud (2017), menneskers erfaringer og opplevelser tilgjengelige for forskeren. Gjennom det kvalitative forskningsintervjuet søker vi å forstå verden sett fra intervjupersonens perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2015). En kvalitativ studie med semistrukturerte intervjuer egner seg dermed godt i forhold til problemstillingen, da den gir oss mulighet til å få dyp innsikt i fysioterapeutenes arbeid med spiseforstyrrede pasienter.

2.2 Utvalg og rekruttering

Vi gjorde et strategisk utvalg, som innebar å ta kontakt med personer vi antok kunne sitte på god kunnskap om oppgavens tema slik Malterud (2017) skriver. Vi valgte å intervjuer fysioterapeuter ved ulike arbeidsplasser og med ulike videreutdanninger, som åpnet for varierte erfaringer og perspektiver. Dette ga mulighet for å beskrive flere nyanser av ett og samme fenomen, og for å belyse problemstillingen fra ulike sider (Malterud, 2017).

Rekrutteringen ble til ved hjelp av “snøballmetoden”. Snøballmetoden handler om å bruke nettverket til de som har svart ja, for å få tak i flere aktuelle deltakere (Malterud, 2017). Dermed sikret vi oss mulighet til å komme i kontakt med aktuelle fagpersoner som satt med god kunnskap og erfaring i forhold til vår studie. Grunnet oppgavens omfang begrenset vi utvalget til tre informanter. Vi sendte et uformelt informasjonsskriv via mail med forespørsel om deltakelse til valgte informanter.

I forkant av intervjuet utformet vi et formelt informasjonsskriv (vedlegg 1), hvor det ble gjort rede for hensikten med og den praktiske utførelsen av forskningsprosjektet. Begrunnelse for valg av informanter, samt informasjon om muligheten til å trekke seg underveis og at all informasjon vil bli anonymisert, ble også gitt. Dette informasjonsskrivet ble sendt på mail sammen med samtykkeerklæring og intervjuguide.

Til slutt bestod utvalget av tre informanter ansatt ved ulike distriktpsikiatriske sentre i Trøndelag. Alle hadde kurs i traumebehandling og flere års arbeidserfaring med spiseforstyrrede pasienter. De var kvinner i en alder fra 30 til 50 år, og omtales med pseudonymene Anne, Ida og Ingrid av etiske hensyn. Anne er fysioterapeut med en mastergrad i psykisk helse, mens Ida og Ingrid er psykomotoriske fysioterapeuter.

2.3 Intervjuguide og intervju

Det ble utarbeidet en intervjuguide som informantene fikk på mail for å kunne forberede seg til intervjuet (vedlegg 2). Under intervjuet hadde alle intervjuguiden foran seg for å minne oss på temaene vi ønsket å fokusere på. Dog var det viktig å ikke gjøre intervjuguiden for detaljert eller følge den slavisk; i følge Malterud (2017) åpner man da opp for uventet informasjon. Vi reviderte intervjuguiden etter det første intervjuet etterhvert som vi lærte hva vi burde fokusere på, som Malterud (2017) anbefaler.

For å gjøre den oversiktlig, delte vi intervjuguiden opp i temaer med undertemaer. Vi åpnet med introduksjonsspørsmål om informantenes utdanning og yrkeserfaring for å få samtalen i gang. Deretter tok vi for oss temaer som kroppsbildets betydning for spiseforstyrrelsen, behandlingsmetoder, fysioterapeutens rolle og kommunikasjon. For å få egne beskrivelser og synspunkter fra informantene om sider av fenomenet som er viktig for dem, var spørsmålene åpne. Dersom vi lurte på noe, stilte vi spesifikke spørsmål som handlet om dette temaet. Kvale og Brinkmann (2015) anbefaler at slike spesifikke og direkte spørsmål utsettes mot slutten av intervjuet, da de fører til korte og presise svar. Vi fokuserte på å få frem pasienthistorier, for ifølge Malterud (2017), oppdager vi den rikeste kunnskapen gjennom informantenes egne erfaringer i form av konkrete hendelser.

Tre semistrukturerte intervjuer ble gjennomført i november 2019. Intervjuene foregikk på informantenes arbeidsplass. Én student ledet intervjuet, mens den andre noterte på PC. Rollene ble byttet på gjennom datainnsamlingen. For å få mest mulig direkte sitering var det behov for pauser underveis, noe som også ga informanten tid til refleksjon.

2.4 Analysestrategi

Etter hvert intervju ble rådatamaterialet bearbeidet, hvor vi gikk gjennom og renskrev notatene. Allerede her fikk vi inntrykk av viktige temaer.

Analyseprosessen

Vi gjennomførte analyseprosessen i fire trinn etter Malteruds (2017) metode for systematisk tekstkodensering. Første analysetrinn handlet om å danne et helhetsinntrykk av materialet. Hver for oss leste vi gjennom de tre intervjunotatene for deretter å drøfte foreløpige temaer.

I andre trinn gjennomgikk vi materialet grundig og systematisk i flere runder. Teksten ble dekontekstualisert, vi skilte relevant tekst fra irrelevant ved å hente ut og sortere tekstbiter som kunne belyse problemstillingen ut i fra de foreløpige temaene. Ifølge Malterud (2017) kunne vi dermed

identifisere de meningsbærende enhetene og systematisere dem i kodegrupper. Kodene ble justert underveis, ettersom nye temaer dukket opp og endret seg. Malterud (2017) forklarer at en iterativ og fleksibel analyseprosess er viktig, da det åpner blikket for mønstre man ikke så i utgangspunktet.

I neste trinn etablerte vi kodegruppene i subgrupper som synliggjorde relevante nyanser, for deretter å oppsummere innholdet i de meningsbærende enhetene til kondensater. Fjerde trinn handlet om å rekontekstualisere teksten ved å sette sammen bitene igjen, hvor funnene ble validert og kontrollert opp mot konteksten den ble hentet ut fra. Med utgangspunkt i kondensatene, sammenfattet vi funnene som presenteres i funnkapittelet.

2.5 Etiske problemstillinger og vurderinger

Etikken knyttes hovedsakelig til datapresentasjon og gjennomføringen av intervjuene. Under et intervju kommer man tett på informantene, og det kan medføre utlevering av sensitiv informasjon. Før intervjuene informerte vi informantene om formålet med studiet via et informasjonsskriv med samtykkeskjema som informantene signerte. Skjemaet presiserte at informantene kunne trekke seg underveis, samt at intervjusituasjonen baserte seg på frivillighet og tillit, slik at informantene skulle føle seg trygge og aldri presset til å avsløre noe taushetsbelagt, noe Malterud (2017) vektlegger. Av hensyn til både informantenes og pasienters personvern anonymiserte vi våre deltagere. Fysioterapeutene er bundet av taushetsplikt overfor sine pasienter, og utelot dermed identifiserende detaljer i pasienthistoriene. Vi undersøkte om prosjektet var meldepliktig før datainnsamlingen, men siden datamaterialet kun skulle registreres i form av notater (ikke lydopptak), og all informasjon skulle bli anonymisert, trengte vi ikke å melde inn til NSD.

2.6 Metodekritikk

Vi brukte kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer for å belyse problemstillingen og anser dette som et riktig valg, da metoden løftet frem informantenes erfaringer og meninger. Malterud (2017) fremhever at det verken er mulig eller ønskelig å eliminere alle påvirkende faktorer knyttet til forskeren som aktiv deltaker, og ifølge Tjora (2017) er transparens viktig for å kunne vurdere pålitelighet og gyldighet. Derfor ønsker vi her å synliggjøre vår forforståelse.

Fysioterapistudiet har påvirket vår forforståelse gjennom undervisning av psykomotoriske fysioterapeuter samt pensum i kroppsfenomenologi og psykiatri. Ifølge Malterud (2017) påvirker denne forforståelsen både datainnsamlingen og analyseprosessen. For eksempel kan vi ha tolket informantenes utsagn i lys av denne kunnskapen, og på den måten lagt spor i våre funn. Lite intervjuerfaring gjorde at vi lett ble bundet

til intervjuguiden, som kan ha satt rammer for informantenes svar. Likevel stilte vi åpne spørsmål og ga god tid til refleksjon for å tillate informantene å komme med uventet informasjon. Samtidig, begrenset tiden muligheten for dette. Grunnet personvernregler angående lydopptak måtte vi notere fortløpende under intervjuet, og kan derfor ha gått glipp av viktige nyanser i informantenes utsagn. I tillegg forklarer Malterud (2017) at forskeren setter spor i materialet. Dermed kan vår egne tolkninger og forutinntattheter ha påvirket intervjunotatene, noe som igjen reduserer gyldigheten av oppgaven.

Videre var utvalget på tre informanter noe begrenset. Dog skriver Malterud (2017) at utvalgets informasjonsstyrke bestemmer størrelsen på utvalget. Derfor sikret informantenes høye kompetanse, lang erfaring, samt varierende arbeidsplass og videreutdanning god informasjonsstyrke selv med få deltakere. Det lille utvalget var også fordelaktig, da det muliggjorde en grundig analyse.

3. Funn

3.1 Helhetlig forståelse for pasienter med spiseforstyrrelser

Alle fysioterapeutene vektla en forståelse av kropp og sjel som uadskillelige. De integrerte elementer fra traumetilnæringer, og vektla kroppens rolle som bærer av erfaring. Anne fortalte:

Alt henger sammen: kropp og sinn. Kroppen bærer mening og erfaringer i seg. Dette ser man i traumefeltet: Kropper som husker, som er i beredskap, helt uten at hodet skjønner hvorfor. Vi kan ikke overse kroppen, fordi vi er jo kropp.

I tillegg så informantene på kroppsbilde som omfattende og komplekst. Ida forklarte:

Når jeg prøvde å avgrense det, delte jeg det i to. Først har man kroppsopplevelsen, som handler om hva du ser i speilet, men også hvordan du opplever kroppen: stor eller liten, lang eller kort, beskyttende eller ikke beskyttende, kraftfull eller kraftløs. Den andre delen favner tanker og følelser knyttet til kroppen.

Kroppserfaring var altså et viktig aspekt ved kroppsbildet, og innebar ulike elementer som opplevelse av størrelse og fasong, men også kroppslige signaler, kroppslige egenskaper og opplevelsen av kroppen i samspill med miljøet. Dog observerte fysioterapeutene at pasientene ofte fortrenget disse kroppslige signaler: “De lever fra hals og opp; resten vil de ikke forholde seg til.” Siden kroppserfaringen formidlet viktig informasjon, var dette uheldig; Ingrid fortalte om en pasient som i månedsvis gikk med infeksjoner i kroppen uten å hvile eller trappe ned på aktivitetsnivået. Dette var mulig fordi “de kroppslige signalene var bare støy.”

Ida og Ingrid, som begge er psykomotoriske fysioterapeuter, beskrev i tillegg “et relasjonelt spekter.” Ingrid forsto tilknytning som viktig for kroppsbilde: Småbarn lærer å tolke og forstå deres kroppslige signaler gjennom en tilknytningsperson som veileder dem til å skille mellom følelser som sinne og sult. Dermed ble dette et viktig aspekt ved behandlingen. Denne selvforståelsen utgjør en stor del av kroppsbildet, og dermed omfatter kroppsbildet også “Relasjonen til omverden og andre, samt det at vi er et selv.” Fysioterapeutene forsto spiseforstyrrelsen også som en uhensiktsmessig mestringsstrategi for å håndtere disse vanskelige relasjonene: “Mange føler seg utrygg på egen avgrensning, og spiseforstyrrelsen har en funksjon for å avgrense seg.”

Fysioterapeutene ga gode grunner for å inkludere den kroppslige tilnærmingen i behandlingen. Alle fysioterapeutene jobbet parallelt med psykolog, og de beskrev den kroppslige tilnærmingen som utfyllende til samtalerapi. Anne fortalte at hun “Gjorde kroppen i stand til å ta imot samtale,” og Ingrid beskrev fordelene med å kunne “Gjøre noe med dramaet som er her og nå: Vi kan påpeke det gjennom kroppen, ikke bare med ord”. Dette var fordelaktig fordi “Man kan ikke bare snakke seg ut av det”. Ved å ta utgangspunkt i pasientens subjektive plager, kunne de etterhvert nå følelsesopplevelsen. Ida forklarte:

Vi vil over i følelsesopplevelsen, men pasienten er så forankret i kropp som er veldig fysisk. Å ta utgangspunkt i kroppserfaringen og å skape endringer, gir dermed andre muligheter enn å snakke om kropp. Det er ikke nødvendigvis bedre enn å jobbe samtalebasert, men utfyllende. Enten det er aktive øvelser, på benk eller berøring [...] kroppen går foran. Vi jobber “bottom-up”, heller enn “top-down”.

3.2 Kroppslig bevisstgjøring

Alle fysioterapeutene var enige om at den viktigste delen av behandlingen gikk ut på å jobbe med kroppsbevissthet, der pasientene øvde på å forholde seg til egen kropp og kjenne etter kroppslige signaler. Ofte observerte terapeutene avvikende muskelspenninger, anspent pust, og at pasienten var avkoblet fra kroppen sin. Anspente skuldre kom frem som et typisk trekk. De psykomotoriske fysioterapeutene var også opptatt av hypotone muskler og koblet observasjoner opp mot toleransevinduet. Toleransevinduet (vedlegg 4) beskriver menneskers optimale aktiveringsnivå, og hvordan traume kan medføre psykologisk og fysiologisk over- og underaktivering (Siegal, 1999; Nordanger, 2014).

For å gjenopprette kontakten med kroppen, utforsket de andre, gode måter å erfare kroppen på med mål om å akseptere kroppen og å stole på kroppslige signaler. Anne forklarte at “pasientene ignorerer og klarer ikke å tolke signaler fra kroppen. Vi øver på å forholde oss til egen kropp.” Behandlingen begynte samtalebasert, der fysioterapeutene ba pasienten om å kjenne etter. Terapeutene ba pasientene om å “Kjenne etter: Har jeg det godt eller vondt noen plass?” og å registrere “Hvor er pusten?”, “Hvordan står du?”, og “Hvor er skuldrene dine nå?”. Ved å “øve på å registrere” og “nøytralt observere” sine kroppslige signaler, kunne pasientene sakte etablere kontakt med kroppen uten å koble på kroppsforakten. Dog var ikke dette alltid lett; Ida forklarte “Det er ikke mye aktivering av følelser som skal til før det begynner å sprekke,” og beskrev pasienter som “blir aktivert, bare jeg ser, ‘pust.’” Hun fortalte også at “Målet er en erfaringsstyrt kropp, heller enn en hodestyrt kropp”. Ingrid forklarte:

Vi vender innover med en gang og skal begynne å tørre å erfare noe nytt. Noe som kan være behagelig eller greit. Først hører pasientene kun støy fra kroppen, men de må kjenne etter. Det handler om fortrolighet, at kroppen sier dem noe relevant, og skal guide hvilke valg de tar. Det gjør dem i stand til å ivareta seg selv i det daglige: å skjønne at de trenger mat.

Etterhvert gikk behandlingen videre, og bevisstgjøringen ble integrert med aktive og passive øvelser. Fysioterapeutene hjalp pasientene til å lytte til sansene, gjøre praktiske erfaringer og kjenne sin egen avgrensning. De viktigste verktøyene var sensorisk stimulering og berøring, hvile, mindfulness og forankring til underlaget. Spesielt kom knotteballen frem som et viktig verktøy. Den ble brukt opp imot forankring til underlaget og avgrensning. Pasienten rullet foten sin oppå en knotteball, kjente etter, og deretter kjente på forskjellen mellom føttene samt registrerte hvordan man sto og forplantet seg til underlaget. Dette hadde ulike utfall: Ida opplevde ofte at det å kjenne tyngdekraften og etablere en tryggere forankring til underlaget bidro til bedre kroppslig avgrensning. Ingrid opplevde derimot at mange pasienter syntes det var ubehagelig å kjenne sin fulle tyngde. Knotteballen kunne også brukes når pasienten ikke enda tålte terapeutens hender og i egenmassasje.

Målet med behandlingen var ofte å slippe muskelspenninger, og massasje var spesielt nyttig her. Dog var ikke muskelspenninger alltid noe negativt. Ingrid brukte muskelspenning til å bevisstgjøre pasientene om deres avgrensning. Ida støttet dette, og fortalte at “Å være i kontakt med muskulatur kan gi en sterkere kroppsopplevelse.” De psykomotoriske fysioterapeutene var også opptatt av å gjenopprette muskelspenning i hypotone muskler.

Hvile var et spesielt viktig tiltak. Anne spurte pasientene: “Hvordan ligger du når du hviler? Slapper du av da?” og Ingrid vektla det at pasientene skulle “tørre å erfare noe godt,” “stole på kroppslige signaler” og “hvile uten å få dårlig samvittighet.”

Informantene forklarte at pasientene åpner opp døra til følelseslivet når de får kontakt med sine kroppslige signaler. Ida presiserte at, “det er følelsesregulering å få kontakt med ressursfylt kroppslig sansning.” En viktig del av bevisstgjøringen gikk ut på å belyse forbindelsen mellom ubehagelige kroppslige fornemmelser og vanskelige følelser. Ida illustrerte hvordan dette kunne foregå praktisk:

Det begynner med at jeg observerer en kroppslig reaksjon [...] at de spenner seg litt, pusten endrer seg [...] eller øyne blir blanke. Da spør jeg, ydmyk og forsiktig, og så undrer vi sammen om følelser de kanskje ikke har kontakt med. Vi begynner å legge merke til, skaper bevissthet og nysgjerrighet og øker toleransen for at følelser er der og at man må forholde seg til dem.

“Ese-fornemmelsen” var et gjentakende fenomen som hang tett sammen med følelseslivet. Ida beskrev en pasient som “følte seg som en bolledeig som lå og hevet og este. Etterhvert som hun fikk bedre kontakt med kroppen og avgrensningen, fikk hun til å føle seg mer som en pepperkake.” Hun forklarte også at “følelsen av å være stor er ikke bare en fysisk fornemmelse, men også en følelse av å ta for mye plass”. Et viktig mål var å hjelpe pasientene til å innse at de “ikke eser når de har det bra”. Ingrid forklarte:

Man må løsrive det fra maten; det er ikke bare å spise som kan trigge den følelsen, men også stress. Kjenner de på kroppen når andre følelser dukker opp, så merker de at hvis de har det fint, så eser de ikke ut.

Til slutt arbeidet fysioterapeutene med å utvikle pasientens evnen til tilstedeværelse. Alle beskrev et paradoks: Pasientene klarer ikke å forholde seg til kroppen eller kroppslige signaler, samtidig som de er overopptatt av kroppen og neglisjerer omverdenen. Ingrid beskrev målet som “selvforglemmelse, der man klarer både å regulere følelsene, glemme seg selv og vende seg ut” og Ida beskrev det som “å finne bevegelsesglede”. For å fremme dette brukte terapeutene ulike behandlingsformer: mindfulness, dans, lek, samarbeid og koordinasjon- og balanseøvelser. Anne illustrerte poenget med en pasienthistorie:

Denne pasienten hadde anoreksi og mye treningstvang. Hun *måtte* gå tur, ikke fordi det ga glede, men fordi hun *måtte*. Etter å ha vært med i bevegelsesgruppa, fortalte hun at hun for første gang klarte å løfte blikket til omgivelsene når hun gikk. Da la hun merke til hvor fint lyset var.

3.3 Realitetsorientering og undervisning

En annen viktig del av behandlingen gikk ut på å undervise og realitetsorientere pasientene. Anne forklarte at hun “prøver å snakke til den fornuftige delen av hjernen”, slik at den fornuftige delen av hjernen hadde mulighet for å ta gode, hensiktsmessige valg.

Fysioterapeutene fortalte at pasientene hadde ofte feilforestillinger om kroppen. Anne fortalte at: “De tror ofte at næring går rett ut i vevet, eller at forbrenningen stopper opp i hvile.” Dermed gikk det mye tid på å bryte disse mytene, spesielt angående balansen mellom hvile og restitusjon. Mange pasienter syntes det var vanskelig og fikk dårlig samvittighet for å hvile. Ida forklarte ofte til pasientene at “Hvis du trener og er underernært, så bryter kroppen seg ned.” Alle terapeutene var enige i at de hadde mer troverdighet i kraft av å være fysioterapeut, som bidro positivt til informasjonsformidlingen.

Terapeutene opplevde at mange pasienter overestimerte sin egen kroppsstørrelse og trodde at alle myke kroppsdelene besto av fett. For å motvirke dette, brukte terapeutene ulike virkemidler for realitetsorientere dem. De nevnte at pasientene ofte satt uten å la lårene hvile på stolen, for å unngå at lårene ble større. Da fortalte Anne at hun “Drar frem anatomiatlaset og viser dem at det er ikke fett; men det er en avspent muskel”, og hun kunne også “la dem kjenne på meg. Myk er ikke det samme som fett”. Ingrid brukte muskelspenning for å bevisstgjøre pasientene: “Vi sitter og kjenner på de avspente musklene og så kan vi sitte i 90 grader og kjenne på muskelspenningen. Det er fortsatt ditt lår; kroppen er den samme uansett hvordan man sitter”. Ingrid brukte også andre tiltak for å realitetsorientere pasientene, som å tegne omriss rundt dem for å vise at de ikke er så store som det de tror. I tillegg brukte terapeutene berøring og massasje for å bevisstgjøre pasientene om deres kroppslige avgrensning.

Undervisningen handlet ikke kun om kroppen, men også om psyken; spesielt om hvordan tanker og følelser opprettholdt spiseforstyrrelsen. Her tenkte fysioterapeutene stort sett likt, men vektla ulike deler. Anne benyttet et mer kognitivt perspektiv, og brukte en form for kognitiv atferdsterapi utviklet spesielt for spiseforstyrrelser, som kalles for “Cognitive Behavioral Therapy- Enhanced” (CBT-e). Behandlingsmetoden innebærer bevisstgjøring på tankemønstrene som opprettholder spiseforstyrrelsen og forsøk på å fjerne dem gjennom endringer i atferd og tenkemåter (Murphy, Straebler, Cooper & Fairburn, 2010). Hun forklarte til pasientene om “tankemotoren” bak spiseforstyrrelsen: “Jeg tegner det opp skjematisk, og sier ‘slikt henger spiseforstyrrelsen din sammen.’ Man har vonde tanker, så man lager regler [...] Men, så forsterker reglene bare problemet og konsekvensene, og man ender opp i et restriktivt mønster”.

Selv om Anne også brukte elementer og tankegang fra traumetilnærminger, vektla de psykomotoriske fysioterapeutene traumetilnærmingen i mye større grad. Ingrid fortalte at hun brukte elementer av CBT-e, men at det “kom litt for kort”. De var enige i at pasientene ble fastlåst i uhensiktsmessige tankemønstre, men baserte seg heller på den førnevnte toleransevinduet-teorien. De forklarte toleransevinduet til pasientene før de brukte perspektivet tett opp mot bevisstgjøringsøvelsene. Akkurat som Anne, tegnet også Ida for å forklare teorien:

Jeg tegner vinduet, og viser dem den vanlige variasjonen. Når du er innenfor toleransevinduet så har du kontakt med deg selv. Men når du kommer utenfor vinduet, så blir det over- eller underaktivering, og dette er veldig konkret og kroppslig.

Ingrid brukte den samme teorien, og forklarte til pasientene sine forholdet mellom tanker, følelser og kropp: “Jeg forklarer litt om stress og fysiologi og inviterer pasienten til å kjenne etter selv. Hvordan kjennes angst ut i kroppen? Hva skjer når du blir redd?”

3.4 Skape trygghet i relasjonen

Fysioterapeutene hadde et bevisst forhold til relasjonens betydning. Det å skape trygghet var en prioritet, og de brukte ulike virkemidler for å skape en tillitsfull relasjon. Det viktigste var å møte pasientene der de var, med forståelse for deres subjektive plager og situasjon. Mange pasienter ønsket ikke å snakke om vekt, men ønsket løsninger for andre kroppslige plager. Ida fortalte:

Jeg møter dem der de er, og respekterer hva som er greit å snakke om. De er forankret i en kropp som er veldig fysisk. Svært mange kommer med kroppslige symptomer som hodepine, svimmelhet, smerte, og mener at det er det som er problemet. Da tar jeg utgangspunkt i det, og fletter etterhvert inn dette å arbeide med kroppsbilde. Vi kommer inn på kropp og følelsesopplevelsen, men vi begynner ikke der.

Fysioterapeutene vektla det å trå forsiktig frem. Ingrid forklarte at: “Pasienten må kunne føle at hun har kontroll og kan sette grenser for å kunne kjenne at hun har det bra”. For mange pasienter var det overveldende å jobbe kroppslig, og da måtte terapeutene legge lista lavt. Ofte begynte de med knotteball og kroppsdelar “der det er trygt; der alt ikke bare er feil”. Ingrid fortalte: “Magen, rumpen og lårene er ubehagelige, så vi begynner gjerne med hender og føtter. Da vekker vi interessen uten å koble på kroppsforakten.”

Terapeutene observerte pasientens reaksjoner nøye: Ingrid understreket det å “Være oppmerksom på om man har med seg pasienten, eller om pasienten er frakoblet.” Ida illustrerte hvordan de tilpasset behandlingen for å unngå overdosering og dissosiering:

De kjenner en følelse nede i magen og den er så ekkel å kjenne på at de dissosierer. Da prøver vi å flytte oppmerksomheten mot noe tryggere i kroppen. Men så kan de si, ‘Ja, men alt er utrygt.’ Jeg ber dem da å kjenne på det som er minst truende.

Et annet viktig virkemiddel for å skape trygghet var å by på og bruke seg selv. Ingrid brukte seg selv og sine erfaringer “på godt og vondt,” for å formidle empati, interesse, lekenhet og aksept. Hun jobbet for å etablere likeverd: “Vi kan leke sammen og være åpne som en motvekt mot det perfekte”. Anne brukte mye humor, men tilpasset sin væremåte til hver enkelt pasient “Hvis jeg ser at pasienten er stresset, så

toner jeg meg ned.” Hun og la til: “Det er viktig at behandleren er trygg på seg selv, fordi pasienten er veldig ambivalent.”

Ida vektla det å formidle aksept og forståelse:

Vi som behandlere må gjenkjenne de samme mekanismer i oss selv. Alle har opplevd stor sorg, og merker hvordan det påvirker matlysten. Det er viktig å være ydmyk og gi pasientene inntrykk av at de møter noen som har den grunnleggende forståelsen for spiseforstyrrelsen.”

Det siste aspektet gikk ut på å bevisst bruke nærhet og avstand for å skape trygghet. Anne fortalte at “Nærhet er vanskelig for mange”, og Ingrid la til at “Å tåle nærhet kan være et mål”. Anne hadde et lite kontor, men tilrettela for at pasienten skulle få den avstanden hun trengte. Ingrid var også bevisst på hvor hun satte seg i forhold til pasienten. Når direkte berøring fra terapeuten ble for nært, brukte de ulike hjelpemidler, som knotteball, teppe eller pasientens egne hender for å dosere berøringen til et nivå som pasienten tålte. Massasje ble ofte brukt til bevisstgjøring, men også som avspenning. Ingrid forklarte: “Ved å jobbe “hands-on” kan man skape et sted for hvile, hvor de kan komme og ta imot og ligge i ro uten å ha dårlig samvittighet”. Alle terapeutene var tydelige på at man alltid skal spørre først, lytte til og observere pasienten for reaksjoner, og å ta hensyn til at det kan foreligge et traume.

Ida fortalte hvordan massasje bidro til å skape en tillitsfull relasjon hos en ekstremt undervektig pasient:

Mange behandlere blir redd når de møter en pasient med så lav BMI. Men når behandlingen ble avsluttet, fortalte hun meg at hun var glad for at jeg turte å ta i henne. Berøringen var alltid det samme, selv om kroppen endret seg fra undervektig til normalvektig.

4. Diskusjon

4.1 Helhetlig forståelse av pasienter med spiseforstyrrelser

Forståelse av spiseforstyrrelsen

Fysioterapeutenes helhetlige forståelse av menneske, kroppsbilde samt spiseforstyrrelsens psykopatologi viser hvordan det kroppsfenomenologiske perspektivet kan benyttes klinisk. Informantenes forståelser reflekterte Merleau-Pontys *levde kropp*: De fokuserte på rollen av kroppserfaring i kroppsbildet og betraktet hvordan pasientenes fortrenkte kroppslige signaler påvirket erfaringen av seg selv og omverdenen (Engelsrud, 2006). Med dette til grunn, vektla de også traumeperspektivet der kroppen bærer erfaring. Behnke (2005) støtter dette, og skriver at våre erfaringer henger igjen i kroppen og har utslag i muskelspenninger og bevegelsesmønstre, men også som en tilbøyelighet til å åpne opp eller stenge av vår kroppslige relasjonalitet. Hun forklarer også at vonde, kroppslige minner kan lamme et individs handlinger (Behnke, 2005). Dette observerte fysioterapeutene i måten pasientene var fastlåst i den uhensiktsmessige mestringsstrategien, samt hvis de dissosierte.

I sin teori om kroppslig relasjonalitet understreker Behnke (2005) at man må være fullt kroppslig tilstede for å kunne forstå omverdenen og handle hensiktsmessig deretter, og Gaete og Fuchs (2016) vektlegger kroppslige signaler som veiledere. Fysioterapeutene vektla også kroppserfaring som et essensielt aspekt ved kroppsbildet. Gaete og Fuchs (2016) anvender den kroppslige erfaringen i forbindelse med spiseforstyrrelser gjennom *det kroppsliggjorte forsvar*, der kroppen som objekt er lettere å forholde seg til enn kaotiske følelser, og dermed blir kroppens utseende det viktigste elementet av den kroppslige opplevelsen (Gaete & Fuchs, 2016). Diagnosekriteriene bekrefter dette: overdrevet fokus på kropp og vekt (World Health Organization, 2018). Den emosjonelle erfaringen kan forstås som et følelsesmessig aspekt ved kroppslig relasjonalitet, og Behnke (2005) forklarer at man kan beskytte seg selv fra ens nåværende situasjon ved å stenge av den levde kroppen fra omverdenen når situasjonen oppleves som truende. Akkurat dette mønsteret så fysioterapeutene hos de spiseforstyrrede pasientene: spiseforstyrrelsen fungerte som avgrensningsmekanisme. Her er Skårderud et al. (2018) enige; grunnet den usikre selvutviklingen avgrenser de seg gjennom spiseforstyrrelsen. Som fysioterapeutene observerte, førte dette til mennesker som rett og slett var ute av stand til å ivareta seg selv, fordi deres kroppslige signaler “var bare støy”: Pasientene reagerte altså på trusler med en uhensiktsmessig mestringsstrategi.

Videre vektla en informant tilknytning i kroppsbildets utvikling. Gaete og Fuchs (2016) forklarer at fortrenningen av emosjonelle kroppslige erfaringer har opphav i manglende veiledning fra tilknytningspersonen. Uten denne viktige veiledningen, klarer ikke individet å sette ord på eller forstå sin

egne følelser (Gaete og Fuchs, 2016). Ifølge Skårderud et al. (2018), kalles dette fenomenet for *aleksitymi*, som er mer uttalt hos spiseforstyrrede pasienter enn i befolkningen for øvrig. Igjen kan dette sees opp mot emosjonssosiologi, som forklarer at emosjoner ikke er universelle, men at den enkelte navngir følelsene sine ut ifra en kulturavhengig ordbok (Ritzer & Stepnisky, 2014). I lys av tilknytningsperspektivet, avhenger dette av at noen lærer individet hvordan ordboken fungerer. Dette samsvarer med måten fysioterapeutene utforsket følelser på sammen med pasientene.

Fordelene ved en kroppslig tilnærming

I dag består behandlingsforløpet i stor grad av samtalerapi med psykolog, der CBT-e er den evidensbaserte gullstandarden (Statens helsetilsyn, 2000; Murphy et al., 2010). Denne modellen forstår spiseforstyrrelser som tankeforstyrrelser, og går ut på å identifisere og endre de vedlikeholdende tankemønstrene (Murphy et al., 2010). Informantenes kroppslige tilnærming belyser det kognitive perspektivets svakheter. Ifølge Gaete og Fuchs (2016) benytter denne modellen en snever forståelse av kroppsbildet og bruker dermed mye speiling og andre korrigerende øvelser for å danne et indre speilbilde som stemmer overens med virkeligheten. Informantene brukte slike teknikker svært lite; de fokuserte heller på å styrke pasientenes kroppsbilde gjennom de kroppslige erfaringene i seg selv. Akkurat dette var fordelene med den kroppslige tilnærmingen, man kan jobbe direkte med kroppserfaringer og kroppsbildet, heller enn å samtale om det som et abstrakt fenomen. Dette støtter Behnke (2005): Å utforske kroppslig relasjonalt innebærer å *erfare* heller enn å analysere opplevelsen.

I tillegg mente fysioterapeutene at man ikke kunne snakke seg ut av lidelsen, og at de nådde følelseslivet gjennom kroppen. Gaete og Fuchs (2016) støtter dette: De skrev at CBT-e fokuserer på kognitive og atferdsmessige endringer uten å gå godt nok inn på følelseslivet, og blir dermed kun en symptomatisk behandling. De spekulerte også på om ikke det snevre kognitive perspektivet var en av årsakene til den høye tilbakefallsraten hos pasienter med spiseforstyrrelser (Gaete & Fuchs, 2016). Gjennom et syn på kroppsbildet som inkluderte følelsesmessige og relasjonelle faktorer kunne terapeutene bedre forstå pasienten, samt se nytten av å ta andre innfallsvinkler enn kun det kognitive.

4.2 Kroppslig bevisstgjøring

Kroppslige signaler

Gaete og Fuchs (2016) anbefalte behandlere å adressere pasientens vansker med emosjonelle kroppslige erfaringer gjennom å rette deres oppmerksomhet mot kroppslige fornemmelser og å bygge opp tiltro til deres egne kroppslige signaler. Alt arbeidet her sees særlig i lys av Behnke (2005). Hun beskriver ulike elementer i kroppslig relasjonalitet som reflekterer fysioterapeutenes tiltak for å styrke kroppsbilde og kroppserfaring.

Med mål om å slippe muskelspenninger og rette oppmerksomheten innover, begynte ofte fysioterapeutene behandling med å instruerte pasientene i å finne pusten og kjenne etter hvordan de satt. Dette samsvarer med det Behnke (2005) anbefaler, nemlig å først etablere kroppslig relasjonalitet til atmosfæren og tyngdekraften. For å etablere kroppslig relasjonalitet til luften og atmosfæren anbefaler Behnke (2005) å dra oppmerksomheten over til pusten uten å endre eller dømme den, sette pris på rytmen og tillate spontane endringer. Dette samsvarer med det fysioterapeutene kalte for å registrere og nøytralt observere. Med hensyn til tyngdekraften, kjenner pasienten etter hvordan kroppen kan motstå eller gi etter, og hvorvidt kroppens tyngde hviler fullstendig mot underlaget (Behnke, 2005). For eksempel fortalte fysioterapeutene om pasienter som alltid satt med lårene opp fra setet. Ved å kjenne etter kroppens motstand til tyngdekraften, kunne pasientene bli mer bevisst på muskelspenningen, registrere ubehaget av å spenne og minske kroppen, og etterhvert klare å slippe vekten sin helt ned. Dermed styrket dette det erfaringsbaserte kroppsbildet ved å flytte pasientens fokus fra utseende til kroppslige erfaring. I tillegg arbeidet fysioterapeutene med knotteball og forankring til underlaget, som var viktige steg mot å få kontakt med og tåle kroppen sin og dens forhold til omgivelsene.

Videre går Behnke (2005) inn på den enkeltes kinestetiske relasjon med egen levde kropp, som handler i stor grad om tonus og ulike kroppsholdninger. Alle fysioterapeutene beskrev tiltak mot høy spenningsgrad. Samtidig oppfattet ikke fysioterapeutene muskelspenning alltid som negativt, og brukte spenninger bevisst i behandling. Hensiktsmessige muskelspenninger under bevegelse og fysisk aktivitet kunne gi mestringsfølelse og glede, samt styrke kroppserfaringen og opplevelsen av avgrensning i forhold til andre mennesker og omverdenen. Sett i lys av spiseforstyrrelsen som avgrensningsmekanisme, er dette arbeidet spesielt viktig. Gaete og Fuchs (2016) modell for det kroppsliggjorte forsvar illustrerer den opprettholdende sirkelen i spiseforstyrrelsen. I dette tilfellet kan spiseforstyrrelsen som avgrensningsmekanisme fungere som “anguish relief.” Dermed vil det å etablere en tryggere fysisk

avgrensning redusere behovet for å avgrense seg gjennom spiseforstyrrelsen, og den opprettholdende sirkelen vil svekkes.

Pasientene øvde på å kjenne etter sin kroppslige relasjonaltet i ulike øvelser, og spesielt hvile var et viktig tiltak. Tiltaket handlet om å erfare den gode, kroppslige følelsen av å slappe av og slippe spenning, og blant annet kjente pasientene etter hvordan de pustet og lå. Med veiledning klarte pasienten å kjenne sine kroppslige behov og erfare at det å faktisk lytte etter kan være godt. Gaete og Fuchs (2016) støtter opp under dette: våre kroppslige signaler gir gode råd om hvordan vi kan agere i vårt miljø. Ved å hjelpe pasientene til å finne frem til disse signalene, og dermed mer hensiktsmessige mestringsstrategier, hjalp fysioterapeutene pasientene sine til å bli i stand til å ivareta seg selv.

Det kan tenkes at det å begynne med så basale fornemmelser som pusten og tyngdekraften er spesielt viktig av to grunn: Individet tilegner seg en metode for å ta imot og registrere kroppslige fornemmelser, i tillegg til å etablerer grunnleggende kontakt med kroppen. Dette åpner opp for videreutvikling. Gaete og Fuchs (2016) er enige: Bevissthet over kroppslige signaler er nødvendig for å erfare og forstå emosjonelle kroppslige erfaringer.

Kroppslige følelser

Fysioterapeutene mente at de nådde følelseslivet ved å ta utgangspunkt i pasientenes kroppslige opplevelser, og pasientenes "ese-fornemmelse" er et godt eksempel. Gaete og Fuchs (2016) forklarer hvordan denne kan oppstå. De fleste har kjent på sinne og den tilhørende kroppslige fornemmelsen av å ekspandere og koke over. Derimot kan opplevelsen være annerledes for individer med spiseforstyrrelser: Skårderud et al. (2018) forteller at de lider ofte av psykisk ekvivalens, en tilstand som innebærer vansker med å skille mellom ytre og indre realiteter. Dette gjør at følelsen av å ekspandere av sinne, likeså som å ta for mye plass, kan oppleves som et svært reelt, fysisk problem, nemlig overvekt (Gaete & Fuchs, 2016). Igjen henger dette sammen med en sviktende evne til å tolke disse emosjonelle kroppslige erfaringer, som dermed resulterer i objektivisering av kroppen.

I stor grad går dette aspektet ut på det Behnke (2005) omtaler som affektiv relasjonaltet, nettopp å utforske utydelige, kroppslige følelser som oppstår rundt komplekse situasjoner. Etter å ha åpnet for de mer grunnleggende kroppslige signalene som bakkekontakt og muskelspenning, utfordret terapeutene pasientene ytterligere til å åpne opp for de mer ubehagelige og forvirrende kroppslige følelser. Med dette prinsippet i bakhodet, kan man se sammenhengen mellom kroppslig relasjonaltet og måten

fysioterapeutene integrerte fysioterapeutisk behandling og følelsesmessig bevisstgjøring. Ved å åpne opp sin kroppslige relasjonaltet til den komplekse omverdenen og tillate seg å kjenne etter, kunne pasientene øke toleransen for vanskelige følelser. Etterhvert vil pasientene kunne forholde seg til dem og jobbe med å forstå sammenhengen mellom kroppslige reaksjoner, følelser og situasjoner. Hvis pasientene klarer å åpne opp og tåle disse følelsene, kan de skape en forståelse av situasjonen og seg selv som gir adaptive handlingsforslag (Gaete & Fuchs, 2016) Dermed mestrer de den emosjonelle utfordringen uten å måtte ty til objektivering og svekker lidelsens opprettholdene sirkel (Gaete & Fuchs, 2016).

Tilstedeværelse

Enda et viktig aspekt ved kroppslig relasjonaltet er å være oppmerksom på sine omgivelser samtidig som man opplever sin kroppslige erfaring (Behnke, 2005). Gaete og Fuchs (2016) forklarer at dette er nødvendig for å klare å plassere sine kroppslige erfaringer og reaksjoner innenfor den situasjonelle konteksten, og handle fornuftig deretter. Fysioterapeutene vektla dette som “selvforglemmelse,” på lik linje som Gaete og Fuchs (2016) mener at kroppen slik blir *implisitt*.

Ytterligere forklarte fysioterapeutene paradokset om å fortsette å lytte til kroppslige signaler og forholde seg til kroppen, samtidig som kroppen skal havne i andre rekke. Dette utgjør en stor utfordring, men er viktig, som Gaete og Fuchs (2016) skriver, for å fortsette å motta relevante og viktige kroppssignaler. Fysioterapeutenes tiltak her kan sees i lys av Behnkes (2005) kroppslig relasjonaltet og begrepet *kontakt*: en måte å kjenne ulike gjenstander, mennesker og fenomener, uten fysisk kontakt, men gjennom kroppslig relasjonaltet (Behnke, 2005). Under ulike øvelser som dans, koordinasjonsøvelser eller samarbeid kan man erfare kontakt med det som oppstår her og nå, kroppslig relasjonaltet til verktøy og oppgaver, eller funksjonell interkorporalitet: det å dele en erfaring med en annen (Behnke, 2005). Sluttmålet er å ha *gode* kroppserfaringer, og Zeiler (2010) belyser dette gjennom begrepet *eu-appearance*, en tilstand der den eksplisitte kroppen oppleves som positiv, ofte under fysisk aktivitet. Alle disse typer kroppslig relasjonaltet oppstår når en retter oppmerksomheten mot ens erfaring under aktivitet, og handler om å styrke pasientens kroppserfaring i samspill med omverdenen i tillegg til å skape positive opplevelser.

4.3 Realitetsorientering og undervisning

Fysiologi og anatomi

Alle fysioterapeutene brukte psykoedukasjon og realitetsorientering for å appellere til pasientenes fornuft. Det kan tenkes at økt kunnskap om kroppens behov og funksjon ville samsvare med økt bevissthet over og tiltro til egne kroppslige signaler, og dermed bidra til å avvikle det uhensiktsmessige forholdet til mat og kropp. For eksempel kunne “ese-fornemmelsen” løses med hjelp av dette. Gaete og Fuchs (2016) mener at det kroppsliggjorte forsvar medfører at pasienten kan tolke stress som et fysisk problem med kroppen. Ved å lære at næring ikke går rett ut i vevet, vil pasientene kunne forstå at det faktisk er umulig å legge på seg fett umiddelbart etter å ha spist. Hvis de samtidig blir mer bevisst på følelsene sine, vil de lettere kunne forstå og gjenkjenne esingen som et symptom på spiseforstyrrelsen, heller enn en reell vektøkning. Ulike teknikker ble brukt for skape en realitetsorientering rundt pasientens faktiske størrelse, og for å skape en sterkere avgrensning, også til lignende virkning. Å bryte feiloppfatninger omkring kroppsstørrelse og fett, åpnet opp for den erkjennelsen at den “fete” følelsen ikke egentlig hadde noe med fysiske egenskaper å gjøre, men med emosjonelle kroppslige erfaringer.

I tillegg fortalte fysioterapeutene at mange pasienter fikk dårlig samvittighet av å hvile. Gaete og Fuchs (2016) forteller at spiseforstyrrede pasienter preges ofte av negativ stemning, som igjen preger alle deres erfaringer. Hvis terapeutene klarte å overbevise pasientene om viktigheten av å hvile, ville de lette litt av den dårlige samvittigheten. En bedre stemning åpner da opp for nye, gode erfaringer, som å kunne åpne opp ens kroppslige relasjonalitet, få kontakt med seg selv, slippe muskelspenninger og nyte hvile. Akkurat dette var målet med behandlingen: å erfare noe annerledes og godt.

Psyken

Terapeutene benyttet ulike modeller for å lære pasientene om hvordan psyken og spiseforstyrrelsen hang sammen, men delte et mål om at pasientene skulle bedre forstå seg selv og gjenkjenne psykologiske mønstre. Sett i lys av Gaete og Fuchs’ (2016) modell for det kroppsliggjorte forsvar, svekker dette låsningen av den narrative dimensjonen der individet ikke klarer å skape en forståelse av situasjonen basert på sine kroppslige signaler. Gjennom å formidle et metaperspektiv på psyke og kropp støttet fysioterapeutene opp den narrative funksjonen. Dette hjalp pasientene til å se sammenhengen mellom den kroppslige erfaringen og vanskelige følelser, bygge opp en forståelse for deres reaksjoner på stress og gjenkjenne symptomer på spiseforstyrrelsen.

4.4 Skape trygghet i relasjonen

Trygghet

Fysioterapeutene vektla trygghet for å skape gode relasjoner med pasientene og dermed fremme behandlingsforløpet. Pasientens relasjon til fysioterapeuten kan forstås som en trygg tilknytning, som ifølge Schibbye (2012) skaper rom for refleksjon og bearbeiding av følelsesmessige opplevelser. Dette samsvarer også med måten terapeutene forstod deres rolle på, det de kalte for “*det relasjonelle spekteret,*” og Gaete og Fuchs (2016) forståelse av tilknytnings rolle i spiseforstyrrelsen. Kvaliteten på relasjonen vil dermed ha stor betydning for behandlingseffekten. Røknes og Hanssen (2006) påpeker nettopp dette og forklarer at ved å bygge opp en god relasjon preget av tillit, trygghet og en følelse av kontakt, vil det være lettere for pasienten å kunne åpne seg og meddele sine opplevelser, tanker og følelser. Dette blir spesielt relevant hos pasienter med spiseforstyrrelser, der det vanskelige forholdet til følelser og kroppslige fornemmelser er akkurat det fysioterapeutene ønsker å komme inn på.

I tillegg kan trygghet sees i lys av kroppslig relasjonalitet. Informantene var opptatte av at pasientene kunne sette grenser og kjenne at de hadde det bra under behandling. Behnke (2005) understøtter viktigheten av dette: Hvis ikke *her og nå* oppleves som et trygt sted, trekker man seg tilbake og stenger av sin kroppslige relasjonalitet. En pasient som er utrygg på terapeuten vil dermed ikke klare å åpne opp sin kroppslig relasjonalitet, og da har behandlingen liten virkning. I tillegg skriver Behnke (2005) om *kontakt*: en type forbindelse som oppstår med andre mennesker eller gjenstander gjennom kroppslig relasjonalitet. Ifølge Behnke (2005) kan *kontakten* fremme samarbeid, og Schibbye (2012) utvider dette: anerkjennelse og likeverd gir den andre mulighet til å erfare intersubjektiv deling, en følelse av felles forståelse og erfaring. Dermed blir kontakten spesielt gunstig for relasjonen og behandlingsforløpet. Videre belyser kroppslig relasjonalitet viktigheten av å skape trygghet fra første stund: et dårlig utgangspunkt virker selvforsterkende: å stenge av kroppslig relasjonalitet vil gi vansker med å etablere den *kontakten* og forholdet til terapeuten som ligger til grunn for behandlingen.

Å møte pasienten der de er

Alle terapeutene vektla det å møte pasienten der de er ved å respektere deres ønsker og grenser. Ofte kom pasienter med kroppslige plager, men ønsket ikke å snakke om kropp eller vekt. Fysioterapeutene tok da utgangspunkt i disse plagene, og vinklet behandling inn mot kroppserfaring og følelser etterhvert. Røknes og Hanssen (2006) belyser dette: anerkjennelse og respekt er viktige forhold for å utvikle en god relasjon og klare å meddele tanker og følelser.

Når de jobbet, rettet fysioterapeutene oppmerksomheten mot pasientenes kroppslige reaksjoner. Gretland (2007) støtter dette: avvik i pasientens oppmerksomhet og kroppslige uttrykk er sentrale indikatorer for grensekrenkelser. Ved tegn til overdosering eller ubehag, tilpasset terapeutene behandlingen deretter. Dette er også i tråd med Behnkes (2005) anbefalinger: å begynne forsiktig og å forbli innenfor en trygg sone. Dette handler også om å gjøre pasienten trygg nok til å kunne utforske sin kroppslige relasjonaltitet og følelser (Behnke, 2005). Ved å anerkjenne pasientens behov og grenser, skapte terapeutene altså trygghet fra første møte.

Egen væremåte

Ved å by på og bruke seg selv, skapte fysioterapeutene en tillitsfull relasjon til pasientene. Råheim (2003) understreker at i kliniske møter hvor pasientens og terapeutens livsverden møtes, må begge parter by på seg selv, og Røknes og Hanssen (2006) trekker frem det å formidle empati, åpenhet, personlig trygghet og forståelse som viktig for et positivt behandlingsresultat. I tillegg jobbet terapeutene for å etablerte likeverd, og Røknes og Hanssen (2006) belyser dette: mennesker som godtar seg selv som et alminnelig menneske med feil og mangler skaper trygghet i møte med andre.

Videre foregår en del av ens væremåte bevisst på innsiden. En informant var opptatt av å bruke sine livserfaringer, og en vektla spesielt det å gjenkjenne spiseforstyrrelsens mekanisme i seg selv. I arbeid med mennesker understreker Røknes og Hanssen (2006) viktigheten av utforske og være bevisst sin egen forforståelse, livserfaringer og væremåte, samt ha kontakt med egne følelser og behov. Ifølge Røknes og Hanssen (2006), å kjenne seg igjen i pasientens følelser og opplevelser åpner opp for sterkere innlevelse i brukerens situasjon, og Råheim (2003) mener at denne innsikten er grunnleggende for å hjelpe den enkelte. Vi må altså forstå oss selv for å virkelig få innblikk i hvordan den andre opplever verden.

Med begrepet *interkorporal smitte* forklarer Behnke (2005) at menneskers væremåte og atferd smittes til andre gjennom kroppslig relasjonaltitet, på lignende vis som et gjesp eller latter (Behnke, 2005). Dette kan forstås som en måte å influere pasienten på: for eksempel, fortalte en informant at hun bevisst tonet seg ned hvis pasienten var stresset. I lys av dette, kan det tenkes at fysioterapeutene skapte trygghet og fasiliterte behandlingen ved å smitte pasientene med trygghet og aksept. Det å se terapeuten være trygg på seg selv kan ha påvirket pasienten til å selv få økt fortrolighet til terapeuten, i tillegg til å kanskje tørre å stole mer på seg selv. Dette kan igjen ha bidratt til å redusere ambivalens og fremme fortrolighet til kroppslige signaler. Når terapeutene formidlet aksept og forståelse for lidelsen, kan dette også ha smittet pasienten til å akseptere seg selv og anerkjenne lidelsen, for dermed å skape trygghet og fasilitere

behandlingsforløpet. Røknes og Hanssen (2006) støtter dette: å føle seg forstått skaper tillit, trygghet og en opplevelse av troverdighet.

Bruk av nærhet og avstand:

Fysioterapeutene var bevisst på hvordan de brukte nærhet og avstand for å skape trygghet. De tilpasset seg etter pasientens behov, men understrekte også viktigheten av å tørre å ta på pasienten. Kroppslig berøring var en del av behandlingen, men var også viktig for relasjonen. Dette presiseres av Thornquist og Bunkan (1995) som forklarer at berøring er betydningsfull for relasjonen og kroppen er en vesentlig inngangsport for kommunikasjon. Samtidig er det å respektere pasientens grenser en form for anerkjennelse, som ifølge Røknes og Hanssen (2006) skaper trygghet. Dermed vil både det å respektere pasientens ønsker samt det å berøre pasienten være gunstig for behandlingen. .

4.5 Relevans for fysioterapi

Denne studien gir viktig innsikt som er relevant både for fysioterapeuter samt andre faggrupper innenfor psykiatrien og understreker viktigheten av den kroppslige tilnærmingen. Vi håper dermed at flere fysioterapeuter forstår hvor mye de faktisk har å bidra med, og at de vil arbeide og argumentere for at fysioterapi skal integreres inn i det tradisjonelle behandlingsforløpet for personer med spiseforstyrrelser. Videre bør fysioterapeuter vite at de ikke behøver videreutdanning innenfor psykiatri for å møte denne pasientgruppen. I stor grad gikk behandlingen ut på grunnleggende fysioterapeutiske ferdigheter koblet med en helhetlig forforståelse, der noe av den viktigste ferdigheten var den relasjonelle kompetansen. De fleste pasienter med spiseforstyrrelser er normalvektige, og fysioterapeuter vil møte disse pasientene uavhengig av arbeidsplass. Dermed er det viktig å forstå spiseforstyrrelsen, møte pasienten på en god måte og tørre å behandle dem.

5. Konklusjon

Denne studien gir innsikt inn i hvordan fysioterapeuter i psykiatrien jobber med pasienter med spiseforstyrrelser og ser tilnærmingen i lys av fenomenologiske perspektiver. Funnene viser at fysioterapeutene hadde en helhetlig forståelse av kropp og sinn, kroppsbilde samt selve spiseforstyrrelsen som var grunnlaget for den kroppslige tilnærmingen. De arbeidet hovedsakelig med kroppslig bevisstgjøring, der de øvde på å få pasientene til å forholde seg til egen kropp, kjenne etter og stole på kroppslige signaler, åpne seg opp til vanskelige følelser, samt utvikle evnen til tilstedeværelse. Parallelt underviste de pasientene om fysiologi, anatomi og sammenhengen mellom kroppen, psyken og spiseforstyrrelsen. Dette gjorde de for å realitetsorientere og bevisstgjøre pasientene over den emosjonelle kroppslige erfaringen. De vektla også å skape trygghet for pasienten ved å møte pasienten der de er, bruke seg selv og tilpasse grad av nærhet. Funnene belyser hvordan den kroppslige tilnærmingen kan supplere den samtalebaserte behandlingen. I tillegg viser det at man ikke trenger spisskompetanse på feltet for å jobbe med pasientgruppen, og funnene i denne undersøkelsen gir konkrete eksempler på hvordan grunnleggende fysioterapeutisk kompetanse kan anvendes i behandlingen.

Videre forskning bør undersøke langtidseffekten av en kroppslig tilnærming sammenlignet med andre behandlingstilnærminger. I tillegg ville det vært interessant å utforske hvordan en slik kroppslig tilnærming vil være hensiktsmessig for mildere grader av spiseforstyrrelser, som fysioterapeuter sannsynligvis oftere vil møte utenfor psykiatrien.

6. Referanseliste

- Behnke, E. A. (2005). Bodily Relationality: An Experiment in Phenomenological Practice (VII). In Embree, L. & Nenon, T. (Eds.), *Phenomenology 2005 (Vol. 5): Selected Essays from North America* (pp. 67-84). Bucharest: Zeta Books.
- Bemporad, J. R. (1996). Self-Starvation Through the Ages: Reflections on the Pre-History of Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 19(3), 217-237.
doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199604)19:3<217::AID-EAT1>3.0.CO;2-P
- Bunkan, B. H. (1985). *Muskelspenninger og kroppsbilde: Undersøkelse og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bunkan, B. H. (2001). Psykomotorisk fysioterapi- prinsipper og retningslinjer. *Tidsskriftet: Den norske legeforening*, 121, 2845-2848. Hentet fra <https://tidsskriftet.no>
- Catalan-Matamoros, D., Helvik-Skjaerven, L., Labajos-Manzanares, M. T., Martínez-de-Salazar-Arboleas, A., & Sánchez-Guerrero, E. (2011). A pilot study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patients with eating disorders: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 25(7), 617-626. doi: 10.1177/0269215510394223.
- Danielsen, M. (2006). Kroppsbilde, spiseforstyrrelse og fysioterapi - en kasusrapport. *Fysioterapeuten*, 6(12), 21-24. Hentet fra <https://fysioterapeuten.no>
- Engelsrud, G. (2006). *Hva er kropp*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gaete, María Isabel & Fuchs, Thomas. (2016). From Body Image to Emotional Bodily Experience in Eating Disorders. *Journal of Phenomenological Psychology*, 47, 17-40.
doi: 10.1163/15691624-12341303.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen: Fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.

Hughes, B. (2000). The Medicalized Body. In P. Hancock (Eds.) *The Body, Culture and Society: An Introduction* (pp. 12-28). Buckingham: Open University Press.

Kolnes, L. J. (2012). Embodying the body in anorexia nervosa– a physiotherapeutic approach. *Journal of bodywork and movement therapies*, 16(3), 281-288. doi: 10.1016/j.jbmt.2011.12.005

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, E (2018). *Kropp og sinn - fysisk aktivitet, psykisk helse, kognitiv terapi* (3. utgave). Bergen: Fagbokforlaget.

Miller, M. N. & Pumariega, A. J. (2001). Culture and Eating Disorders: A Historical and Cross-Cultural Perspective. *Psychiatry*, 64(2), 93-100. doi: 10.1521/psyc.64.2.93.18621

Moran, D. (2013). Edmund Husserl and Phenomenology. In A. Bailey (Eds.) *Philosophy of Mind* (37-57). London: Bloomsbury Academic.

Murphy, R., Straebler, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive Behavioral Therapy For Eating Disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 611–627. doi:10.1016/j.psc.2010.04.004

Nordanger, D.Ø. (2014, august). En integrert forståelse av utviklingstraumer: Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som veiviser. I G. Sandholt (Formann), *Den 8. Nordiske konferanse om barnemishandling og omsorgssvikt*. Innslag fremført ved møte for Nordisk forening mot barnemishandling og omsorgssvikt, Nuuk. Hentet fra <https://docplayer.me/17936876-En-integrert-forståelse-av-utviklingstraumer-regulering-som-nokkelbegrep-og-toleransevinduet-som-veiviser.html>

Ritzer, G. & Stepnisky, N. (2014). *Sociological Theory*. Boston: McGraw-Hill.

Røkenes, O. H. & Hanssen P. (2006). *Bære eller bryte: kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (2. utgave). Bergen: Fagbokforlaget.

- Råheim, M. (2003). Kroppsfenomenologi; innsikt relevant for klinisk praksis. *Fysioterapeuten*, 70(1), 14-18. Hentet fra <https://fysioterapeuten.no>
- Schibbye, A.L.L. (2012). *Relasjoner: et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi* (2. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
- Skårderud, F., Stänicke, E., Haugsgjerd, S. & Maizels, D. (2018). *Psykatrieboken: sinn-kropp-samfunn* (2. utgave). Oslo: Gyldendal.
- Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406-414. doi:10.1007/s11920-012-0282-y
- Statens helsetilsyn. (2000). *Alvorlige spiseforstyrrelser: Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten* (Utredningsserie 7:2000). Hentet fra https://legeforeningen.no/PageFiles/1867/httpwww.helsetilsynet.nouploadPublikasjonerutredningsserionalvorlige_spiseforstyrrelser_ik-2714.pdf
- Thornquist, E. & Bunkan, B. H. (1995). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Universitetsforlaget.
- World Health Organization (2018). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). Hentet fra <https://icd.who.int/en>
- Zeiler, K. (2010). A phenomenological analysis of bodily self-awareness in the experience of pain and pleasure: on dys-appearance and eu-appearance. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 13(4), 333-342. doi: 10.1007/s11019-010-9237-4

Vedlegg 1 - Informasjonsskriv

Forespørsel om deltakelse i kvalitativt forskningsintervju

Vi er to fysioterapistudenter ved NTNU i Trondheim som skriver bacheloroppgave om hvordan fysioterapeuter i psykiatrien arbeider for å forbedre kroppsbildet hos pasienter med spiseforstyrrelser.

Det utføres derfor en kvalitativ studie med individuelle intervjuer for å samle erfaringer, tanker, opplevelser og meninger fra fysioterapeuter som jobber med personer med spiseforstyrrelser. Vi behøver informanter som sitter på god kunnskap om dette, og ønsker derfor å intervju deg.

Det er frivillig å delta, og en kan når som helst trekke seg uten å angi noen begrunnelse. Intervjuet vil vare i ca. 1 time, og transkribering vil foregå underveis. All informasjon og opplysninger blir anonymisert, og det vil ikke være mulig å identifisere enkeltpersoner. Alle opplysninger behandles konfidensielt.

Om du skulle hatt noen spørsmål, er det bare å kontakte

Fysioterapistudent 1 på tlf: ----- , eller mail: -----, eller

Fysioterapistudent 2 på tlf: ----- , eller mail: -----

Med vennlig hilsen

.....

.....

Fysioterapi student 1

Fysioterapi student 2

Samtykkeerklæring/ skriftlig samtykke

Jeg har lest skriftlig informasjon, og samtykker i å delta i studiet.

Sted.....

Dato.....

Telefonnummer.....

Signatur.....

Vedlegg 2 - Intervjuguide

Innledende spørsmål

- Kan du fortelle litt om deg selv og din yrkeserfaring?
 - Alder
 - Utdanning
 - Stilling

Om kroppsbilde

- Hva legger du i begrepet kroppsbilde?
- Hvordan bidrar et forstyrret kroppsbilde til å opprettholde en spiseforstyrrelse?
 - Kan du gi noen eksempler?
- Hvordan kartlegger du kroppsbilde hos disse pasientene?

Behandling

Behandlingsmetoder

- Hvilke behandlingsmetoder bruker du mest på pasienter med spiseforstyrrelser?
 - Eksempler/ pasienthistorier?
 - Bruker du fysisk aktivitet? Hvordan?
 - Individuelt eller i gruppe?
 - Kontraindikasjoner?
- Bruker du noe spesifikk behandling for å styrke kroppsbilde?
- Hvordan opplever pasientene disse behandlingsmetodene?
 - Har det noen gang skjedd noen ubehagelige reaksjoner?
 - Pasienthistorier/eksempler?
- Hvilke andre faggrupper samarbeider dere med?
 - Hvordan skiller fysioterapibehandling seg fra annen behandling?

Fysioterapeutens rolle

- Hvilke fordeler har en kroppslig tilnærming i styrking av kroppsbilde, i forhold til samtalebasert-terapi?
 - Eksempler/ pasienthistorier?
- Hvordan blir CBT-e annerledes når det blir utført av en fysioterapeut, i forhold til en psykolog?
- Hvordan bruker du din kunnskap om kropp og fysiologi i behandling?
- Hvordan bruker du din evne til å observere kropp og bevegelse?

Kommunikasjon og fysisk kontakt

- Hvordan bruker du deg selv som fysioterapeut for å bidra til styrking av kroppsbilde?
 - Hvordan møter du denne pasientgruppa?
 - Hva gjør du for å skape trygghet?
 - Kan du gi noen eksempler?
- Hvordan bruker du hendene dine og berøring for å bidra til styrking av kroppsbilde?
 - Kan du gi noen eksempler?

Dosering og mål

- Hvordan setter du konkrete mål med pasienten når det gjelder kroppsbilde?
- Hvor hyppig og hvor lenge bør disse pasientene gjennomføre behandling?
- Hva bør prioriteres?

Effekt av behandling

- Opplever du at pasientene får et bedre kroppsbilde etter fullført behandling?
 - Er det stor eller varig forskjell?
 - Tilbakefall?

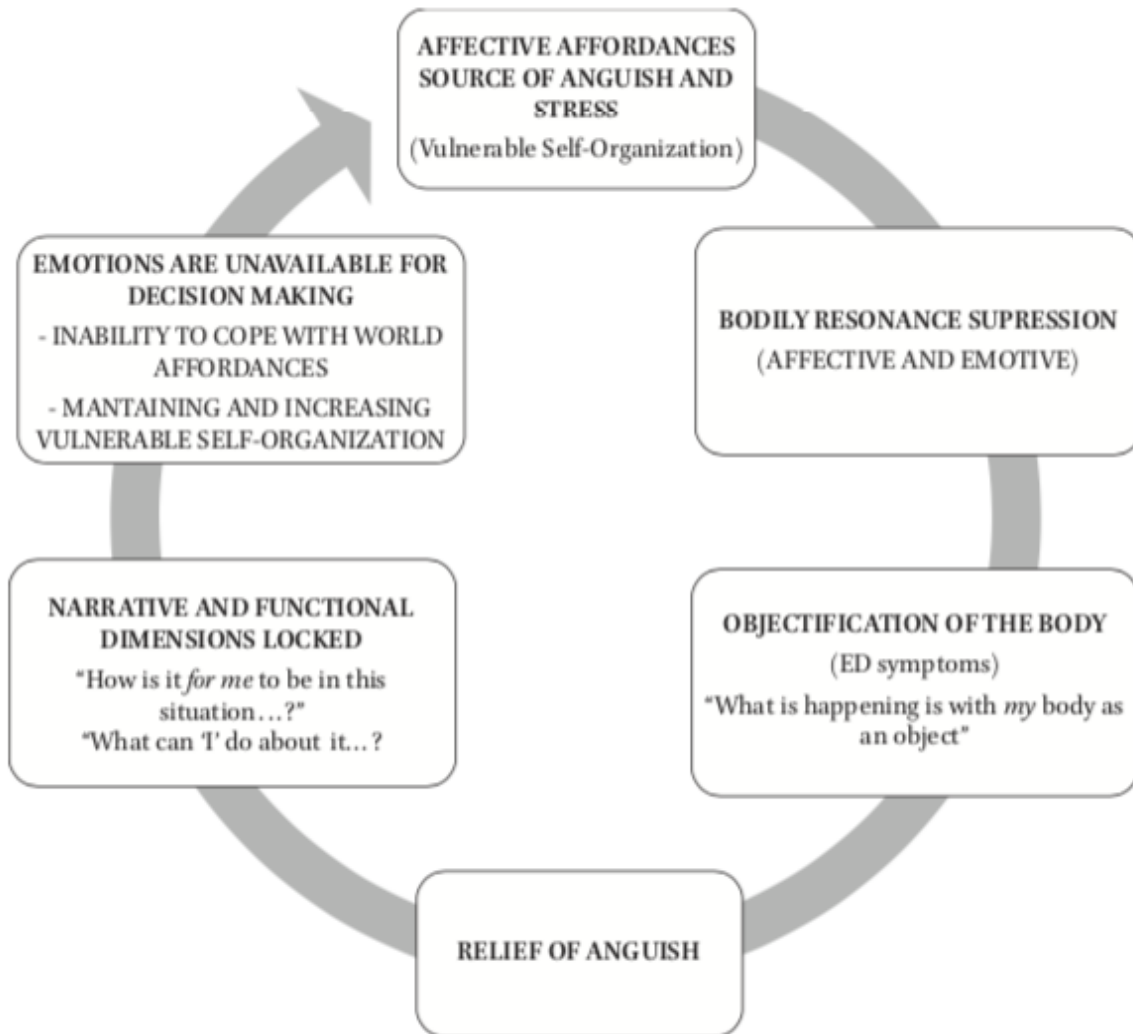
Overførbarhet utenfor psykiatrien

- Hvilke elementer av denne tilnærmingen kan fysioterapeuter utenfor psykiatrien bruke i sin praksis?

Sluttspørsmål:

- Er det noe mer du ønsker å tilføye?

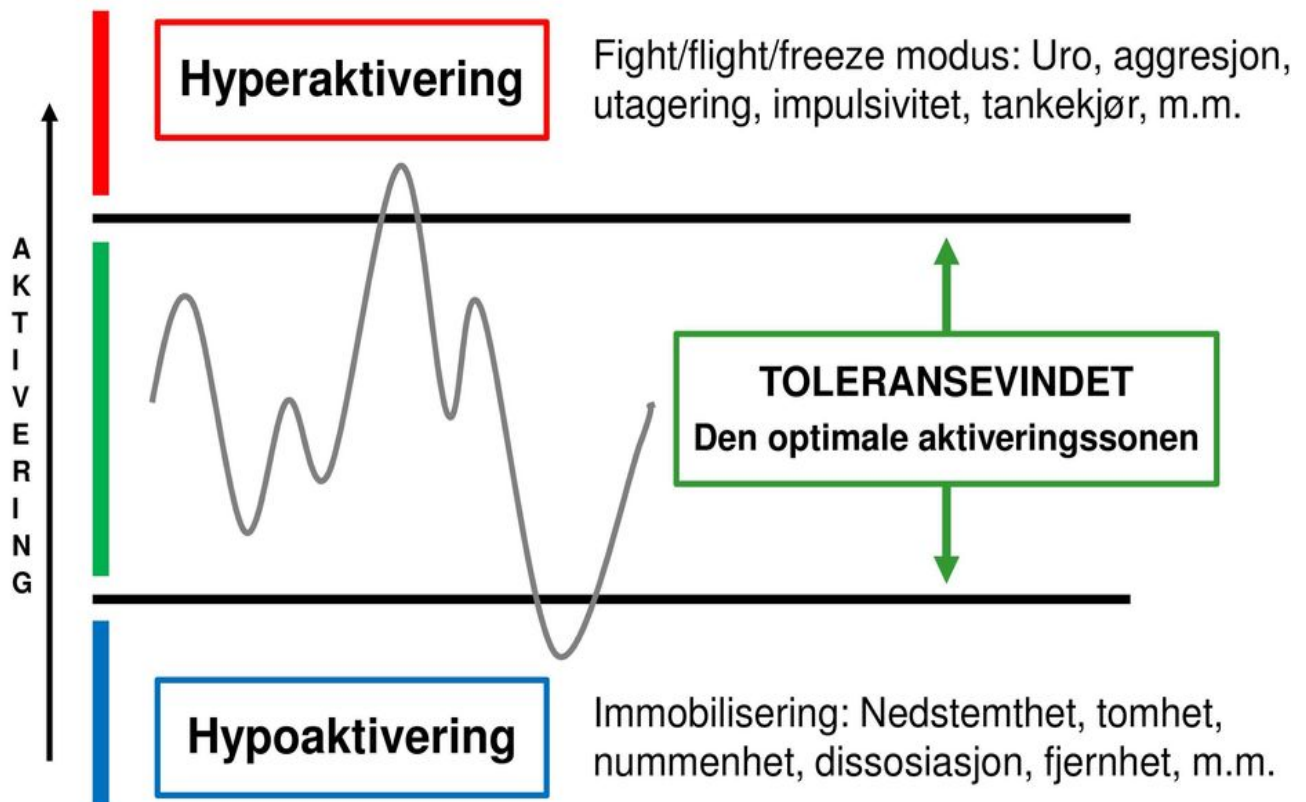
Vedlegg 3 - Det kroppsliggjorte forsvar



Figur 1. Det kroppsliggjorte forsvar. Omfattende modell av emosjonell kroppslig erfarings-forstyrrelse i spiseforstyrrelser (Gaete & Fuchs, 2016).

Vedlegg 4 - Toleransevinduet

Toleransevinduet



Figur 1. Toleransevinduet. Overaktivering, underaktivering og den optimale aktiveringssonen (Nordanger, 2014).